Stanford University Libraries
MAY
22
1904

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über Psychosen
im Verlauf des Typhus abdominalis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hans Wilhelm Hilmar Pfütsch,
approb. Arzt aus Hochheim, Kr. Erfurt.

Kiel 1903.
Druck von H. Fiencke.

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Über Psychosen
im Verlauf des Typhus abdominalis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hans Wilhelm Hilmar Pfütsch,

approb. Arzt aus Hochheim, Kr. Erfurt.

Kiel 1903.

Druck von H. Fiencke.

No. 70.

Rektoratsjahr 1903/1904.

Referent: Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Siemerling,**
z. Z. Dekan.

Seinen lieben Eltern

gewidmet

vom Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0107

Dass akute fieberhafte Krankheiten Ursache von Psychosen werden können, ist eine allgemein anerkannte Thatsache. Pinel, Esquirol, Griesinger. Nasse, Schlager u. A. beschäftigten sich zuerst mit dem ätiologischen Zusammenhang zwischen Psychose und fieberhaften Krankheiten. In erster Linie kommen von letzteren in Betracht: Typhus abdominalis, Influenza, Polyarthritis rheumatica acuta, Pneumonie und die akuten Exantheme. Hier soll auf die Beziehungen des Typhus abdominalis zum Irresein eingegangen werden.

Wir unterscheiden als Hauptformen der psychischen Störung mit Kraepelin: I. Initialdelirien, II. febrile Psychosen, III. asthenische Psychosen. Erstere beginnen im Prodromalstadium, die febrilen Psychosen während der Fieberperiode, besonders auf der Höhe des Fiebers, die asthenischen in der Rekonvalescenz.

Die Ursache für die Entstehung der febrilen Psychosen sah Liebermeister in der Temperaturerhöhung, andere wie Griesinger, Nasse nahmen cerebrale Circulationsstörungen an, da sie im Cerebrum bisweilen Hyperaemie fanden, bisweilen Anaemie. Dann und wann findet man in der Litteratur auch den Hinweis auf eine komplizierende psychopathische Diathese. Dass die von Liebermeister angegebene Ursache nicht immer zutrifft, hat man daraus geschlossen, dass nach dem Eintritt einer febrilen Psychose die Schwere derselben nicht proportional mit der Höhe des Fiebers zunahm; auch schloss in manchen Fällen die psychische Erkrankung nicht mit dem Abfall des Fiebers

und dem Eintritt der Rekonvalescenz ab, sondern setzte sich in veränderter Form Monate, Jahre hindurch fort. Oft wird die psychische Erkrankung nicht auf eine Ursache zurückzuführen sein, sondern auf einen Komplex von solchen, unter denen die schon vorhandene Disposition und die noch nicht genannte typhöse Intoxikation keine geringe Rolle spielen.

Die Initialdelirien werden, wenn sie ausgebrochen, meist nicht als solche erkannt, weil die Grundkrankheit noch keine sichtbaren Symptome zeigt. Ob der Beginn der Initialdelirien wirklich mit dem Anfang des Typhus zusammenfällt oder schon einige Tage vorher ins Prodromalstadium zu setzen ist, lässt sich nur durch genaue Temperaturmessungen feststellen. Aus dem schon angedeuteten Grunde unterlässt man aber die genaue Beobachtung der Körperwärme. Nach dem heutigen Stande der Dinge müssen die Initialdelirien als durch Typhotoxine ausgelöste Vergiftungspsychosen aufgefasst werden. Hier kann man Steigerungen der Temperatur, Störungen der Cirkulation nicht als Causalmoment heranziehen.

Die asthenischen Psychosen sind Folge der Erschöpfung des Centralnervensystems. Je länger das Fieber auf der Höhe bleibt, je länger die Fieberperiode dauert, je schlechter der körperliche Zustand zur Zeit der Erkrankung war, je stärker die Prädisposition, desto grösser ist die Gefahr, eine Psychose zu acquirieren, desto unheibarer ist dann auch die psychische Erkrankung.

Die Initialdelirien äussern sich als tiefe Bewusstseinstrübung mit verworrenen Sinnestäuschungen, Angstzuständen unter Neigung zu Gewaltthaten, Mord und Selbstmord. Sie verlaufen in ca. 50% tötlich, da durch die Toxalbumine in den Ganglienzellen schwerste Veränderungen hervorgerufen werden. Die Initialdelirien sind die prognostisch ungünstigsten aller Thyphuspsychosen, sie sind aber selten.

Häufiger, überhaupt die häufigsten sind die febrilen Formen des Irreseins. Ich fasse unter diesem Gesichtspunkt zusammen sowohl die während der Febris continua als auch während der Defervescenz zur Beobachtung kommenden

Psychosen. F. C. Müller unterscheidet in seiner Inauguraldissertation folgende während der Continua vorkommenden Formen:

1) Einfache Verwirrtheit, evtl. kompliziert mit akuter ängstlicher Melancholie;
2) Stupor.
3) Partiellen Irrsinn.

Die Verwirrtheit äussert sich im Denken und Handeln, in Verwechselung von Personen, verkehrten Antworten, unzusammenhängenden Gesprächen u. A. Kompliziert wird die Verwirrtheit oft durch Hallucinationen, Wahnideeen, besonders Verfolgungsideeen, ferner durch manische Erregungszustände, welch letztere sich zu Tobsuchtsanfällen steigern können. Dieses ist das Bild der 1857 beschrieben Schlagerschen Typhomanie. Ihre Prognose ist meist ungünstig.

Der zweiten Gruppe liegt ein einfach stuporöser Zustand zu Grunde.

Das partielle Irresein zeigt sich in dem plötzlichen Auftreten von Wahnideeen, die in geringer Anzahl vorhanden sind und bald wieder verschwinden, indem sie als Traumzustände eingesehen werden. Auch einzelne Hallucinationen können ebenso plötzlich in die Erscheinung treten und wieder verschwinden.

Die mit dem abklingenden Fieber auftretenden Störungen teilt F. C. Müller ein in:

1) Partielles Irresein. Dasselbe ähnelt dem während der Continua beobachteten partiellen Irresein.
2) Maniakalisches Delirium. Die manische Erregung kann sich zu Tobsuchtsparoxysmen steigern.
3) Stupor.
4) Akutes hallucinatorisches Irresein. Die Verwirrtheit ist hochgradig, zu ihr treten oft Hallucinationen. Bei diesen Kranken überwiegt meist ein Gefühl von Traurigkeit, Ängstlichkeit, sie befinden sich wie in einem Traume.

Die Prognose der febrilen Psychosen ist gut, da die Heilung fast immer erfolgt. Weniger günstig sind die Defervescenzpsychosen.

Die Psychosen des Rekonvalescenzstadiums stehen hinsichtlich ihrer Prognose in der Mitte zwischen den Initialdelirien und febrilen Psychosen. Sie offenbaren sich meist als manische Erregung oder als Melancholie oder als sogen. wechselnde Psychosen, die einmal den Stempel manischer Erregung, dann wieder den einer melancholischen Stimmung tragen. Oft ist bei dem Irresein im Rekonvalescenzstadium der zeitliche Zusammenhang zwischen akuter Krankheit und psychischer Störung ein ziemlich lockerer. In einzelnen Fällen beginnt die Psychose bei dem wenig widerstandsfähigen Rekonvalescenten erst Wochen oder gar Monate nach dem Ablaufe der hier eigentlich nur noch prädisponierenden Erkrankung, ja es scheint, dass selbst jahrelang eine reizbare Schwäche zurückbleiben kann, welche den günstigen Boden für die Entwickelung weiterer Geistesstörungen bildet.

Im bisher Gesagten war stets von der Einwirkung des Typhus abdom. auf ein geistesgesundes Individuum die Rede. Interessant ist es, die Veränderungen einer bereits bestehenden Psychose durch den Typhus zu beobachten. Hier könnte man wohl vermuten, eine Verschlimmerung, überhaupt neue Krankheitsbilder, welche eine Komplikation bedeuten, zu Gesicht zu bekommen. Das trifft nicht zu. (Braun, Inaugural-Dissert., Bamberg.) Eine ungünstige Beeinflussung von psychischen Störungen ist nicht beobachtet worden. Es giebt Fälle, in denen der Typhus keine Einwirkung zeigte; solche, in denen er vorübergehend, d. h. solange das Fieber dauerte, günstig einwirkte; solche, in denen er Besserung und Heilung, wenn auch erst Wochen oder Monate später herbeiführte.

Im Folgenden sollen zwei Fälle, welche in der Psychiatrischen Klinik zu Tübingen beobachtet wurden, zur Besprechung gelangen.

I. Fall.

Anamnese: Sophie Ch., 18 Jahre alt, ledig. Der Vater beging suicidium, die Mutter soll eine sehr aufgeregte

Frau sein, eines der Geschwister soll an Veitstanz leiden. Mit dem 14. Lebensjahre kam S. Ch. als Dienstmädchen zu fremden Leuten, später war sie an verschiedenen Orten Kellnerin. Einmal soll, vor der jetzigen Krankheit, eine Störung der Psyche vorhanden gewesen sein. Am 13. Oktober wurde Pat. als an Typhus erkrankt in das Spital zu Bruchsal aufgenommen. Der Typhus war charakterisiert durch Benommenheit des Bewusstseins, hohes Fieber, einige, wenn auch wenige, Roseolaflecke, Milzvergrösserung und erbsenbrühartige Stuhlgänge. Die Behandlung bestand in Darreichung von kühlen Bädern. Nach Ablauf der Krankheit kehrte das freie Bewusstsein nicht wieder. Pat. starrte viel vor sich hin, weinte häufig und war sehr wortkarg; es gelang nicht, ihren Ideengang zu fixieren. Mit vieler Mühe gelang es bisweilen, aus ihr herauszubekommen, sie weine, weil ihr Vater sich selbst getötet habe, zuweilen auch, weil sie so schlecht gewesen sei als Kellnerin. Im weiteren Verlauf zeigt sich grosse Unruhe; es gelingt kaum, sie im Bette zu halten. Die Nächte sind schlaflos, die Kranke jammert und schreit oft Nächte hindurch. Der Sinn für Anstand und Sitte ist geschwunden; sie läuft im Hemde im Zimmer herum, macht das Bett durcheinander.

Status praesens: 1/4 Jahr später, am 14. Januar 1895, liegt Pat. nach Aufnahme in die Klinik ruhig zu Bett, macht einen ängstlich gespannten Eindruck, spricht spontan nicht, nach wiederholten Fragen zögernd, mit leiser Stimme, sich dabei fortwährend ängstlich im Saale umsehend. Die Frage nach Stimmen wird bejaht, ohne dass Genaueres darüber angegeben würde. Die ausgeprägte Ängstlichkeit wechselt ab mit öfterem Lächeln und verklärtem Gesichtsausdruck, dann wieder mit der Haltung einer Lauschenden. In den folgenden Tagen zeigt sich ein traumhaft benommener Zustand. Die Nächte werden ruhig, aber ohne Schlaf verbracht. Die Vorgänge in der Umgebung werden mit Aufmerksamkeit verfolgt. Auf Befragen giebt Pat. zu, dass ihr das Reden so schwer falle, sie fühle sich so matt. Die Kranke sieht sehr anämisch aus und macht einen müden, abgeschlagenen Eindruck. Noch am 20. Januar verharrt die

Kranke in einem ablehnenden traumhaften Zustand, am 21. Januar ist sie viel freier, beantwortet Fragen ziemlich richtig. Am 29. Januar zeigt sie wieder sehr abwesendes benommenes Verhalten, reagiert auf Anreden nicht, weint, lacht und spricht nicht mit der Pflegerin. Am 3. Februar zeigt sich eine entschiedene Besserung. Sie giebt zu, viel Stimmen gehört zu haben, die sie geschimpft hätten. Am 24. III. erfolgte wegen vollständiger Genesung die Entlassung. Dass wirklich Heilung erfolgt war, bestätigen mehrere Schreiben der Ortsbehörde in der Folgezeit.

Epikrise: „Nach Ablauf der Krankheit kehrte das freie Bewusstsein nicht wieder", berichtet der Spitalarzt. Ob die Psychose auf der Fieberhöhe aufgetreten ist und mit Aufhören des Fiebers nicht endigte, sondern weiter bestand, oder ob sie im Abklingen des Fiebers oder zum Zeitpunkt des Fieberendes entstanden ist, lässt sich aus den Worten des Arztes nicht eruieren. Das klinische Bild ist charakterisiert durch einen traumhaft benommenen Zustand mit melancholischem Beiklang. Aus den Gehörstäuschungen resultiert der eigenartige Gedankengang, welcher die Kranke zu jenen wechselnden Stimmungen veranlasst. Dass Wahnideen melancholischer oder hypochondrischer Art oder solche im Sinne der Beeinträchtigung mitspielen, ist anzunehmen. Die Vorstellung, sie müsse arbeiten, hat sie im Beginn der Erkrankung wahrscheinlich aus dem Bett getrieben. Dieses Krankheitsbild gehört der Entstehung nach in das Defervescenzstadium; die Diagnose lautet: akutes hallucinatorisches Irresein. Die Patientin war prädisponiert für eine Typhuspsychose infolge der starken erblichen Belastung und der früheren psychischen Erkrankung. Die Prognose war günstig zu stellen. Im Krankheitsverlauf zeigte sich allmähliche Besserung und schliessliche Heilung.

II. Fall:

Anamnese: Barbara St., Metzgersfrau, 23 Jahre alt, aus Rottenburg a. N. Im April 1898 verheiratete sich Pat., welche früher stets gesund war. Auch nach der letzten

Geburt (8. Sept. 1898) war Pat. gesund. Am 8. Oktober 1898 klagte sie über Mattigkeit, Kopfschmerzen, abends über Frost und Hitze. Frost- und Hitzegefühl wiederholten sich regelmässig abends. Am 12. Oktober wurde die Kranke infolge grosser Mattigkeit bettlägerig. Am 16. Oktober 4 Uhr nachm. wurde 40,8° gemessen. Ein Arzt wurde zu Rate gezogen. Am 17. Oktober erfolgt die Aufnahme in die Frauenklinik zu Tübingen. Bis zu diesem Zeitpunkt war das Sensorium völlig klar, Zeichen geistiger Störung fehlten. Am 18. Oktober morgens bekommt Pat. plötzlich einen heftigen Tobsuchtsanfall; sie muss von 2 Schwestern gehalten werden und schreit beständig: „Der Teufel holt mich, er hat mich schon, bin ganz verloren.“ Die Dauer des Anfalles betrug 3 Stunden.

Status praesens: Bei der Überführung aus der Frauenklinik in die Psychiatrische Klinik (18. Oktober nachm.) geht die Kranke ruhig mit, sieht müde und matt aus. Der Versuch, ihr zu trinken zu geben, misslingt. Es folgt ein zweiter Anfall: „Ich komme ins Feuer, der Teufel holt mich, ich habe viele Sünden begangen, zu wenig gebetet, gearbeitet, der Teufel hat es mir gesagt, er sieht schwarz aus.“ Temperatur 40,3°. Urin: sehr viel Albumen, wenige granulierte Cylinder, mässig viele Erythrocyten. Die Fütterung geschieht mit der Sonde bei heftigem Widerstreben, die Nahrung wird sofort wieder erbrochen.

Der weitere Verlauf ist folgender:

19. Oktober: Nach ruhig verbrachter Nacht und gutem Schlafe nimmt die Kranke reichlich flüssige Nahrung zu sich. Die Stimmung ist deprimiert, traurig, Versündigungsideeen und das Bewusstsein, dass Patientin verloren sei, sind vorherrschend. Abends wird die Nahrungsaufnahme verweigert.

20. Oktober: Wegen Nahrungsverweigerung wird 4 Mal am Tage gefüttert, jedesmal 1/4 l Milch, 2 Löffel Cognak, 1/4 l Bordeaux. Roseolen, Milzvergrösserung, Bronchitis, borkig belegte Zunge sind konstatierbar. Bei einem Besuche von Seiten der Angehörigen zeigt sich gesteigerte manische Erregung und hochgradige Verwirrtheit. Die Oberpflegerin ist

die „liebe Mutter Gottes“, der Arzt „kein Arzt, sondern der Herrgott.“

21. Oktober: Das Fieber kann durch mehrere kühle Bäder (25°—20°C.) nicht gemindert werden.

22. Oktober: Zustand derselbe. Phenacetin 0,5 g setzt das Fieber stark herab, unter Schüttelfrost erfolgt wieder Temperaturanstieg.

23. Oktober: Der manische Erregungszustand steigert sich derartig, dass die Kranke mit Wache in den I. R. gebracht wird. Am linken Unterarm befindet sich eine harte, infiltrierte Schwellung, die sich durch Rötung und Prallheit scharf gegen die Umgebung absetzt. Ein längerer nächtlicher Tobsuchtsanfall macht die Verlegung in den I. R. notwendig. Puls schlecht, klein, kaum fühlbar.

25. Oktober: Der körperliche Zustand ist derselbe. Campher wird subcutan gegeben. Trotz klarer Augenblicke ist die frühere Verwirrtheit ausgeprägt vorhanden.

26. Oktober: Nach Applikation von Bädern ist Fieberabfall nicht zu konstatieren. Puls ist sehr elend, weshalb mehrere Campherspritzen gegeben werden. Die Fütterung wird immer noch zwangsweise fortgesetzt.

27. Oktober: Nachts 1 Uhr sehr elender Zustand, Cheyne-Stokes'sches Atemphänomen. 2½ Uhr morgens exitus letalis.

Die am 27. Oktober 11 Uhr vorm. in der psychiatrischen Klinik vorgenommene Sektion ergiebt folgenden pathologischen Befund:

Typhus abdominalis im Stadium der gereinigten Geschwüre, Lungenödem, Bronchitis, Lungenembolie in einem der kleineren Pulmonaläste des linken Oberlappens, septische Phlegmone des linken Arms, parenchymatöse Trübung von Leber, Nieren, Milz.

Epikrise: Der kleine, elende Puls in den letzten Tagen vor dem exitus letalis, das schlechte körperliche Allgemeinbefinden, der nach 10 Tagen tötlich endende fieberhafte Verlauf lassen auf eine schwere typhöse Intoxikation schliessen. Auch die parenchymatöse Trübung und Schwellung von Leber, Milz und Nieren sind ein Ausdruck der schweren

Intoxikation. Die konstatierte Lungenembolie steht mit der Phlegmone des linken Armes in einem ursächlichen Zusammenhang; zu einem plötzlichen, fulminanten Tode konnte sie nicht führen, weil der Embolus in einem kleinen Pulmonalaste sass.

Der Albumengehalt des Urins ist als eine febrile Albuminurie aufzufassen, eine Ansicht, der sich auch Kraepelin, Strümpell anschliessen.

Im Stadium incrementi (8.—12. Oktbr.) sind Anzeicheu einer Psychose nicht wahrgenommen worden. 6 Tage nach Beginn der Continua setzt die Psychose akut ein, mit einem zweistündigen, sich an demselben Tage wiederholenden Tobsuchtsparoxysmus. Die Störung äussert sich im weiteren Verlaufe in einer hochgradigen Verwirrtheit. Personen werden verwechselt: „Der Arzt ist kein Arzt, sondern der Herrgott.“ Der melancholische ängstliche Stimmungszustand wird charakterisiert durch die Worte: „Ich habe viele Sünden begangen, zu wenig gebetet, gearbeitet.“ Hallucinationen sind in der Gestalt von Visionen oft vorhanden: „Der Teufel hat es mir gesagt; er sieht schwarz aus.“ Dazu gesellen sich Wahnideeen im Sinne der Verfolgung: „Der Teufel holt mich, er hat mich schon.“ Das oft stundenlang nicht unterbrochene Schreien und Toben ist das Zeichen eines manischen Erregungszustandes. Die Diagnose lautet: akute melancholisch-ängstliche Verwirrtheit im Stadium der Continua. Das Krankheitsbild erinnert sehr an die von Schlager schon im Jahre 1857 beschriebene Typhomanie.

Die Prognose dieser Psychose hätte als günstig bezeichnet werden können, weil sie im Fieberstadium entstanden ist, zumal in diesem zweiten Falle eine erbliche Belastung nicht nachweisbar war und eine frühere psychische Erkrankung fehlte. Der am 27. Oktober eingetretene exitus letalis setzte auch der Psychose ein Ende.

Zum Schlusse gestatte ich mir, Herrn Professor Siemerling für die gütige Überlassung des Materials sowie für die liebenswürdige Durchsicht der vorliegenden Arbeit meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Verzeichnis der Litteratur.

Kraepelin, Psychiatrie.

Friedlaender, Über den Einfluss des Typhus abd. auf das Nervensystem.

F. C. Müller, Über psychische Erkrankungen bei akuten fieberhaften Krankheiten.

Reif, Dissertation, Typhus und Psychosen.

Adler, Über die im Zusammenhange mit akuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen.

Nasse, Typhus und Irresein, Zeitschrift für Psychiatrie.

Curriculum vitae.

Geboren wurde ich, Hans Wilhelm Hilmar Pfütsch, am 18. August 1877 zu Pössneck, Kr. Saalfeld. Ich bin evangelisch. Meine wissenschaftliche Vorbildung erhielt ich am Königl. Preussischen Gymnasium zu Schleusingen, welches ich Michaelis 1898 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Die medizinischen Studien begann ich im W.-S. 1898 in Jena, wo ich vom 1. Oktober bis 1. April der Dienstpflicht mit der Waffe genügte. Im S.-S. 1899 war ich in München immatriculiert, im W.-S. 1899 und S.-S. 1900 in Jena. Dort bestand ich am Schluss des 4. Sem. die ärztliche Vorprüfung. Die Studien wurden fortgesetzt im W.-S. 1900 in Berlin, im S.-S. 1901 in Tübingen, vom W.-S. 1901 bis W.-S. 1902 incl. in Kiel. Am 13. Juli 1903 bestand ich die ärztliche Staatsprüfung.